

加入申込書に記入後、組合事務局まで郵送して下さい。取りまとめ事業所は、一括で事務局まで郵送して下さい。

# 一人親方特別加入申込書

福井県インテリア事業協同組合一入親方特別加入の規約・事務処理規定に同意し、下記のとおり一人親方特別加入を申し込みます。

フリガナ		年	月	日	性別
加入者氏名		印			男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日	才
住所	〒	—			☎( ) —
作業の具体的内容					
特定業務の有無 【有の場合は該当する記号を○で囲んでください】	1. 粉じん作業を行う業務 2. 振動工具使用の業務 3. 鉛業務 4. 有機溶剤業務	特定業務に 最初に従事した日	年	月	日
		特定業務に 従事した期間の合計	年	ヶ月	
加入年月日	年	月	日	～	年 3月 31日( ヶ月)
申請給付基礎日額 及び保険料	給付基礎日額	円	年間保険料	円	× ヶ月 / 12ヶ月 =
保険料の 振込	福井県インテリア事業協同組合より一人親方特別加入保険料として 請求書を送付致します。 (※保険料の振込を確認後、加入証明書等を送付致します。)				
取りまとめ事業所					
住所	〒	—			☎( ) —

●保険期間は、毎年4月1日から翌年3月31日までです。

●年度途中の加入の場合、保険料は月割り

## 誓約書 (誓約書は、自筆してください)

福井県インテリア事業協同組合 理事長 殿

私は作業に従事する際には、労働安全衛生法・規則の関係条項を遵守し、安全衛生には十分注意致します。

年 月 日

住所

氏名

印